

**Absender (Stempel):**  
**Krankenhaus/Institution/Praxis**



**Sana Klinikum**  
**Lichtenberg**

**Chefarzt Dr. med. Eric Hilf**

FA für Innere Medizin und Geriatrie und  
Palliativmedizin, Notfallmedizin,  
Physikalische Therapie und Balneologie

**Telefon: 030/5518 – 2265**

**Telefax: 030/5518 – 2263**

**E-Mail: Manuela.Dimke@sana.de**

## Anmeldung geriatrischer Patienten

### ☐ Stationäre Aufnahme

Name des Patienten:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Derzeitiger Aufenthaltsort:

Telefon:

**Kostenträger (Geschäftsstelle):**

**Krankenversicherungsnummer:**

**Hauptdiagnose:**

**Nebendiagnosen:**

**Anamnese:**

**Bisheriger Krankheitsverlauf:**

### ☐ Teilstationär (Tagesklinik)

Aufnahmewunsch  
im Sana Klinikum  
Lichtenberg:

Isolationspflicht: ☐ ja ☐ nein  
(MRSA, ESBL, Clostridien, Diarrhoen)

Pflegegrad: ☐ nein ☐ ja, welcher \_\_\_\_

Wahlleistung: ☐ nein ☐ ja, welche:  
☐ 1- Bett ☐ Chefarzt

Abweichung von der Standardmedikation  
(z. B. Chemotherapie/Antibiose)  
☐ nein ☐ ja, welche

Hausarzt (Adresse, Telefonnummer):

Angehörige (Adresse, Telefonnummer):

Soziales Umfeld ⇒ Bezugspersonen; Sozialstation (Adresse, Telefonnummer):

**Bitte alle radiologischen Unterlagen sowie Kurzepikrisen unbedingt mitschicken! Herzlichen Dank!**